

Час реакції респондентів на окремі пункти опитувальника Derogatis як діагностичний маркер депресивних розладів

К. І. Лінська

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Ключові слова:

депресія, супутня психопатологічна симптоматика, пацієнта лікування результатів оцінка, тест AUDIT, опитувальник Derogatis, хронометрія, час реакції.

Запорізький
медичний журнал.
2020. Т. 22, № 3(120).
С. 402-410

*E-mail:
linska.kate@gmail.com

Мета роботи – оцінити інформативність часу реакції респондентів на окремі пункти опитувальника Derogatis як діагностичного маркера депресивних розладів.

Матеріали та методи. Обстежили 97 хворих на депресію (основна група), середній вік – $40,94 \pm 1,25$ року (51 особа з діагнозом депресивний епізод – F32 за МКХ-10; 46 осіб з діагнозом рекурентний депресивний розлад – F33 за МКХ-10); а також 64 практично здорові особи, середній вік – $41,21 \pm 1,21$ року (контрольна група). Використовували клініко-психопатологічний, психометричний (опитувальник Derogatis), а також психофізіологічний методи, застосували програмно-апаратний комплекс «Реоком-стрес» (виробник «ХАІ-Медика», м. Харків, Україна) з функцією реєстрації часу відповіді на запитання. Усі методи протягом дослідження застосовували двічі: з інтервалом в 17–19 діб, на початку (обстеження № 1) і наприкінці (обстеження № 2) курсу стаціонарного лікування.

Результати. У результаті порівняльного аналізу двох каналів інформації (традиційних бальних оцінок і часу реакції на окремі пункти опитувальника Derogatis) показано, що питома вага інформативності часу реакції (порівняно з традиційними бальними оцінками) при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 зростає для маркерів наявності депресивних розладів в 1,47 раза (з 50,53 % до 74,29 %), а для маркерів відсутності депресивних розладів – в 1,21 раза (з 42,61 % до 51,76 %).

Висновки. Доведено, що час реакції на окремі пункти опитувальника Derogatis щодо супутньої психопатологічної симптоматики є інформативним інструментом для об'єктивної діагностики депресій, а також для моніторингу якості терапії пацієнтів із цією патологією.

Key words:

depression, concomitant psychopathological symptoms, patient outcome assessment, AUDIT test, Derogatis questionnaire, chronometry, reaction time.

Zaporozhye
medical journal
2020; 22 (3), 402-410

Ключевые слова:

депрессия, сопутствующая психопатологическая симптоматика, пациента лечения результатов оценка, тест AUDIT, опросник Derogatis, хронометрия, время реакции.

Запорожский
медический журнал.
2020. Т. 22, № 3(120).
С. 402-410

Response time of respondents to separate points of the Derogatis questionnaire as a diagnostic marker of depressive disorders

K. I. Linska

The purpose of this work is to assess the informativeness of the response time of respondents to separate points of the Derogatis questionnaire as a diagnostic marker of depressive disorders.

Material and methods. A total of 97 patients with depression (main group) were examined, the average age was 40.94 ± 1.25 years (among them, 51 people with diagnosed depressive episode (F32 according to ICD-10) and 46 people with diagnosed recurrent depressive disorder (F33 according to ICD-10), as well as 64 practically healthy individuals with an average age of 41.21 ± 1.21 years (control group). We used clinical-psychopathological, psychometric (Derogatis questionnaire), as well as psychophysiological methods using Reocom-stress software and hardware complex (manufacturer KhAI-Medika, Kharkiv, Ukraine), with the function of recording the time for answering questions (response time). All the described methods were used twice during the study: with an interval of 17–19 days, at the beginning (examination No. 1) and at the end (examination No. 2) of the inpatient treatment course.

Results. As a result of a comparative analysis of two information channels (traditional scores and response time to separate points of the Derogatis questionnaire), it was shown that the proportion of reaction time informativeness (in comparison with traditional scoring) increased in transition from survey No. 1 to survey No. 2 for markers of depressive disorders presence by 1.47 times (from 50.53 % to 74.29 %), and for markers of depressive disorders absence by 1.21 times (from 42.61 % to 51.76 %).

Conclusions. It has been proven that the response time to the separate points of the Derogatis questionnaire regarding concomitant psychopathological symptoms are an informative tool for objective diagnosis of depression, as well as for monitoring the quality of therapy for patients with this pathology.

Время реакции респондентов на отдельные пункты опросника Derogatis как диагностический маркер депрессивных расстройств

Е. И. Линская

Цель работы – оценка информативности времени реакции респондентов на отдельные пункты опросника Derogatis как диагностического маркера депрессивных расстройств.

Материалы и методы. Обследовали 97 больных депрессией (основная группа), средний возраст – $40,94 \pm 1,25$ года (51 пациент с диагнозом депрессивный эпизод – F32 по МКБ-10; 46 человек с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство – F33 по МКБ-10), а также 64 практически здоровых людей, средний возраст – $41,21 \pm 1,21$ года (контрольная группа). Использовали клинико-психопатологический, психометрический (опросник Derogatis), а также психофизиологический методы, применили програмно-апаратный комплекс «Реоком-стресс» (производитель «ХАИ-Медика», г. Харьков, Украина), с функцией регистрации времени реакции на вопросы. Все методы в ходе исследования применяли дважды: с интервалом в 17–19 суток, в начале (обследование № 1) и в конце (обследование № 2) курса стационарного лечения.

Результати. В результаті сравнительного аналізу двох каналів інформації (традиційних балльних оцінок і времени реакції на окремі пункти опросника Derogatis) показано: удільний вес інформативності времени реакції (в сравненні з традиційними балльними оцінками) при переході від обстеження № 1 к обстеженню № 2 росте для маркерів наявності депресивних розладів в 1,47 разів (с 50,53 % до 74,29 %), для маркерів відсутності депресивних розладів – в 1,21 разів (с 42,61 % до 51,76 %).

Висновки. Доказано, що время реакції на окремі пункти опросника Derogatis, касаючія супутньої психопатологічної симптоматики, – інформативний інструмент для об'єктивної діагностики депресій, а також для моніторингу якості терапії пацієнтів з цією патологією.

За даними ВООЗ, у світі майже 300 млн осіб, які хворі на депресію, та їхня кількість продовжує зростати [1]. Депресія призводить до численних несприятливих наслідків, тому її своєчасна діагностика й лікування вкрай важливі [2,3]. Доступна фахова література, в якій наведені методики для виявлення депресивних станів, є доволі суперечливою в аспекті оцінювання їхньої ефективності. Ця проблема настільки складна, що запропоновано вважати досить помірні чутливість 85 % і специфічність 75 % прийнятним рівнем діагностичної якості інструментів для ідентифікації депресії [4].

Відомо також, що депресія часто проявляється і як психомоторна загальмованість, і як збудження (ажитація), що супроводжуються характерними змінами швидкості психомоторних реакцій. Це можна використати як маркер об'єктивної діагностики розладів, про які йдеться [5]. Швидкість цих психомоторних реакцій, що відбивається у тривалості часу реакції (ЧР) на візуальні чи слухові стимули, є основним предметом досліджень ментальної хронометрії – науки, яка останнім часом завдяки впровадженню комп'ютерних технологій отримала потужний поштовх для свого розвитку [6].

Наведені факти дають змогу припустити, що поєднання підходів сучасної, комп'ютеризованої ментальної хронометрії з методами традиційного психодіагностичного дослідження зможе забезпечити істотне поліпшення якості діагностики, а також якості моніторингу ефективності лікування депресій. Результати спеціальних досліджень, висвітлені в попередніх публікаціях, підтвердили справедливість цього припущення. Показано, що інформативність показника ЧР на запитання шкали Zung, HADS, а також тесту Спілбергера–Ханіна є цілком зіставною з інформативністю балльних оцінок за цими шкалами, а іноді навіть перевищує її [7–9].

Однак усі ці шкали ґрунтуються на ствердженнях (запитаннях), які описують передусім афективний статус людини. Між тим, депресія притаманна супутній психопатологічній симптоматикі, спектр якої є досить специфічним, а отже може мати самостійне значення в діагностиці депресій [10–12]. Отже, постає питання: чи буде ЧР на запитання (ствердження), що показують супутню психопатологічну симптоматику, також інформативним (з погляду діагностики депресій) як ЧР на ствердження (запитання) психодіагностичних інструментів, спеціально призначених для виявлення афективних розладів. Цінність таких запитань про супутні симптоми, на нашу думку, полягає в тому, що респондентам важче їх асоціювати з афективною патологією, що є предметом діагностики. Це знижує можливість симуляції та дисимуляції, а тому використання таких запитань є перспективним з погляду зменшення частоти помилково позитивних і помилково негативних результатів дослідження, а отже й підвищення точності

діагностики. Відзначимо, що для опису такої супутньої психопатологічної симптоматики зручним і відносно компактним інструментом є опитувальник Derogatis [13,14].

Мета роботи

Оцінити інформативність часу реакції респондентів на окремі пункти опитувальника Derogatis як діагностичного маркера депресивних розладів.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження виконали протягом 2015–2018 рр. на базі відділу пограничної психіатрії ДУ «Інституту неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМНУ», м. Харків).

Під час відбору пацієнтів для участі в дослідженні використовували такі критерії залучення:

- спроможність прочитати й усвідомити зміст інформаційного листа та підписати форму інформованої згоди на участь у дослідженні;

- наявність депресивного епізоду (F 32) або рекурентного депресивного розладу (F 33) середнього ступеня важкості (діагностику афективних розладів виконали за критеріями МКХ-10, визначення ступеня важкості – за психодіагностичними шкалами: 7–27 балів за шкалою депресії Hamilton (HDRS) та 26–30 балів за шкалою депресії Montgomery–Asberg (MADRS)) [16,17].

Критерії виключення з дослідження:

- наявність важкого депресивного епізоду з психотичними симптомами F 32.3 чи/або рекурентного депресивного розладу з поточним важким епізодом із психотичними симптомами F 33.3 (оскільки це робило пацієнта неспроможним виконувати деякі завдання дослідження належним чином);

- наявність в анамнезі психозів будь-якого походження, а також органічних розладів ЦНС та важкої патології особистості;

- наявність будь-яких хронічних соматичних захворювань в стадії загострення, а також серйозних алергічних реакцій на харчові продукти або лікарські засоби;

- перебування на примусовому лікуванні, під судом або неспроможність, на думку дослідника, виконувати вимоги дослідження з будь-якої причини;

- вік до 18 років або понад 70 років.

Для участі у дослідженні рекрутовані лише ті потенційні його учасники, що відповідали всім критеріям включення і водночас не відповідали жодному критерію виключення. Дослідження виконали згідно з принципами біомедицинської етики.

Обстежили 161 особу, які належали до двох якісно відмінних груп. Основна група (хворі) складалася із 97 осіб (16 чоловіків і 81 жінка, середній вік – 40,94 ± 1,25

Таблиця 1. Вірогідність відмінностей між розподілами обстежених за результатами використання комп'ютерного та оригінального (паперового) варіантів опитувальника Derogatis у групах порівняння (за окремими шкалами)

Шкали	Здорові		Хворі	
	Λ^1	P^2	Λ^1	P^2
Шкала соматизації (SOM)	0,19405	>0,99999	0,57615	0,88960
Шкала obsесивності-компульсивності (O-C)	0,29112	>0,99999	0,12803	>0,99999
Шкала міжособистісної сенситивності (INT)	0,28107	>0,99999	0,21533	>0,99999
Шкала депресії (DEP)	0,19655	>0,99999	0,32008	0,99995
Шкала тривожності (ANX)	0,19405	>0,99999	0,11655	>0,99999
Шкала ворожості (HOS)	0,38812	0,99807	0,19205	>0,99999
Шкала фобічної тривожності (PHOV)	0,11855	>0,99999	0,38410	0,99872
Шкала паранояльності (PAR)	0,29107	>0,99999	0,32008	0,99995
Шкала психотизму (PSY)	0,38360	0,99807	0,17395	>0,99999
Додаткова шкала (ADD)	0,29107	>0,99999	0,20125	>0,99999
Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI)	0,09702	>0,99999	0,13323	>0,99999

1: критерій узгодження Колмогорова (Λ); 2: вірогідність відмінностей (p) між комп'ютерним і (паперовим) варіантами.

року). Основну групу поділили на 2 підгрупи: I – 51 особа (9 чоловіків і 42 жінки) із діагнозом депресивний епізод (шифр діагнозу F 32 за МКХ-10), підгрупи II – 46 осіб (7 чоловіків і 39 жінок) із діагнозом рекурентний депресивний розлад (шифр діагнозу F 33 за МКХ-10). Група контролю (практично здорові) – 64 особи (12 чоловіків і 52 жінки, середній вік – $41,21 \pm 1,21$ року).

Використали комплекс методів дослідження, що включав клініко-психопатологічний, психометричний, психофізіологічний методи, а також метод математичної статистики. Клініко-психопатологічний метод використали для оцінювання стану хворих під час госпіталізації та протягом усього дослідження. Метод реалізований як напівструктуроване клінічне інтерв'ю, яке забезпечувало деталізацію скарг хворих, оцінювання їхнього загального стану, збір анамнестичних даних, порівняння отриманої інформації з відомостями, що містяться в медичній документації. Інтерпретацію даних здійснили за критеріями МКХ-10 [15], а також критеріями залучення/виключення цього дослідження. Супутню психопатологічну симптоматику оцінювали шляхом застосування психодіагностичного методу, а саме опитувальника Derogatis [13, 14]. Цей інструмент застосовували у двох варіантах: спочатку в традиційному (використовуючи рутинні паперові анкети), а потім у комп'ютерному (із використанням комплексу «Реоком-стрес») [18]. Це зробили для перевірки еквівалентності результатів, що отримані за допомогою цих двох варіантів опитувальника Derogatis. Психофізіологічне дослідження здійснили під час відповідей на запитання комп'ютерного варіанта опитувальника Derogatis, використовуючи програмно-апаратний комплекс «Реоком-стрес» (виробник Науково-технічний центр радіоелектронного медичного обладнання і технологій «ХАІ МЕДИКА», м. Харків, Україна) з функцією реєстрації часу відповіді (з точністю до 1 мілісекунди) на кожне запитання психодіагностичних інструментів [13, 14, 18]. Дослідну програму застосовували двічі: у хворих – на початку (обстеження № 1) і наприкінці (обстеження № 2) стаціонарного лікування, а у здорових – з інтервалом 17–19 діб (це відповідає тривалості перерви між двома обстеженнями в групі хворих).

Результати опрацьовані методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний аналіз, розрахунок діагностичних коефіцієнтів та ступенів інформа-

тивності Кульбака ознак) на комп'ютері за допомогою програм IBM SPSS Statistics 22 та Excel (з пакета Microsoft Office 2016) [19, 20].

Результати

Опис результатів доцільно розпочати з оцінювання перевірки еквівалентності двох варіантів опитувальника Derogatis (паперового і комп'ютерного). Її здійснили шляхом пошуку відмінностей між розподілами обстежених за результатами застосування названих варіантів опитувальника, використовуючи критерій Колмогорова (*табл. 1*).

Порівняльний аналіз (*табл. 1*) не показав вірогідні відмінності між розподілами, що отримані за допомогою комп'ютерного та оригінального (паперового) варіантів опитувальника Derogatis. Отже, доведено: комп'ютерний варіант опитувальника Derogatis еквівалентний паперовому варіанту та цілком придатний для компаративного аналізу результатів, що отримані у групах порівняння на різних етапах лікування (*табл. 2–7, рис. 1*).

За даними, що наведені в *таблиці 2*, загальний індекс тяжкості симптомів (GSI) опитувальника Derogatis під час обстеження № 1 у хворих був у 3,86 раза вищим, ніж у здорових ($1,12 \pm 0,03$ бала проти $0,29 \pm 0,03$ бала, $p < 0,00001$), а середні значення показників за окремими шкалами цього опитувальника – у 2,28–8,27 раза ($p < 0,00001$). Отже, супутня психопатологічна симптоматика загалом, а також за окремими її складовими (цілком очікувано) була вираженою у групі хворих на депресії значно більше, ніж у практично здорових осіб.

Щодо загального індексу тяжкості симптомів (GSI) опитувальника Derogatis під час обстеження № 2, то цей показник у хворих був у 1,75 раза вищим, ніж у здорових ($0,49 \pm 0,02$ бала проти $0,28 \pm 0,03$ бала, $p < 0,00001$), а співвідношення середніх значень за окремими шкалами цього опитувальника коливались у межах 1,03–5,45 раза, і різниця між ними не завжди була статистично значущою ($0,00001 < p \leq 0,35479$) (*табл. 2*). Результати свідчать: наприкінці стаціонарного лікування (обстеження № 2) рівень супутньої психопатології у хворих на депресії залишається істотно вищим, ніж у практично здорових осіб. Це зумовлює необхідність постгоспітального лікування та реабілітації, що спрямовані і на супутню психопатологічну симптоматику, цих пацієнтів.

Таблиця 2. Середні значення оцінок за шкалами для дослідження супутньої психопатологічної симптоматики (опитувальник Derogatis) у групах порівняння

Шкали (індекси)	Оцінка значень за шкалами							
	Середні значення, бали ¹				P ² (у парах груп порівняння)			
	Обстеж. № 1		Обстеж. № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (З-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (З-2)	Хворі (Х-2)	З-1	Х-2	З-2	
SOM	0,32 ± 0,03	1,17 ± 0,03	0,32 ± 0,04	0,36 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,16184	0,44887
O-C	0,34 ± 0,04	0,98 ± 0,05	0,34 ± 0,04	0,35 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,35479	0,43175
INT	0,15 ± 0,02	0,90 ± 0,04	0,14 ± 0,02	0,30 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,37677
DEP	0,44 ± 0,03	1,83 ± 0,02	0,44 ± 0,04	0,82 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,39034
ANX	0,40 ± 0,05	1,61 ± 0,08	0,40 ± 0,05	0,84 ± 0,06	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,42002
HOS	0,20 ± 0,02	0,64 ± 0,04	0,20 ± 0,03	0,25 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,09209	0,43023
PHOB	0,11 ± 0,02	0,91 ± 0,03	0,11 ± 0,02	0,60 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,38928
PAR	0,39 ± 0,05	0,89 ± 0,04	0,37 ± 0,05	0,47 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,03539 ³	0,37075
PSY	0,17 ± 0,02	0,57 ± 0,05	0,14 ± 0,02	0,29 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00006 ³	0,14506
ADD	0,21 ± 0,03	1,06 ± 0,04	0,22 ± 0,03	0,40 ± 0,03	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00005 ³	0,47658
GSI	0,29 ± 0,03	1,12 ± 0,03	0,28 ± 0,03	0,49 ± 0,02	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,44330

1: середні значення наведено у форматі «середня арифметична (М) ± стандартна похибка середньої арифметичної (m); **2:** вірогідність відмінностей (p) між середніми значеннями в групах порівняння; **3:** вірогідні відмінності.

Таблиця 3. Середні значення часу реакції на запитання різних шкал для дослідження супутньої психопатологічної симптоматики (опитувальник Derogatis) у групах порівняння

Шкали (індекси)	Оцінка середнього часу реакції							
	Середні значення, с ¹				P ² (у парах груп порівняння)			
	Обстеж. № 1		Обстеж. № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (З-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (З-2)	Хворі (Х-2)	З-1	Х-2	З-2	
SOM	1,26 ± 0,06	2,12 ± 0,09	0,94 ± 0,02	1,39 ± 0,05	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³
O-C	1,87 ± 0,09	4,28 ± 0,20	1,30 ± 0,05	2,21 ± 0,10	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³
INT	1,52 ± 0,10	3,96 ± 0,18	1,06 ± 0,04	1,98 ± 0,09	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00003 ³
DEP	1,59 ± 0,08	4,03 ± 0,17	1,38 ± 0,04	1,85 ± 0,07	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00862 ³
ANX	2,00 ± 0,12	4,30 ± 0,15	1,58 ± 0,04	1,95 ± 0,08	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00001 ³	0,00037 ³
HOS	1,30 ± 0,04	2,76 ± 0,12	1,12 ± 0,04	1,47 ± 0,07	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00001 ³	0,00230 ³
PHOB	1,02 ± 0,04	2,97 ± 0,15	0,88 ± 0,03	1,62 ± 0,09	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00244 ³
PAR	1,53 ± 0,08	4,15 ± 0,20	1,07 ± 0,05	2,16 ± 0,10	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³
PSY	0,87 ± 0,03	2,78 ± 0,14	0,91 ± 0,03	1,72 ± 0,08	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,20490
ADD	1,43 ± 0,05	3,05 ± 0,13	1,03 ± 0,04	1,76 ± 0,08	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³
Разом	1,46 ± 0,06	3,45 ± 0,13	1,15 ± 0,03	1,81 ± 0,07	<0,00001 ³	<0,00001 ³	<0,00001 ³	0,00137 ³

1: середні значення подано у форматі «середня арифметична (М) ± стандартна похибка середньої арифметичної (m); **2:** вірогідність відмінностей (p) між середніми значеннями в групах порівняння; **3:** вірогідні відмінності.

Не менш суттєві відмінності спостерігали між групами порівняння за хронометричними показниками – за середніми значеннями часу реакції (ЧР) респондентів на окремі пункти опитувальника Derogatis (табл. 3).

Під час обстеження № 1 усереднена оцінка ЧР за всіма шкалами опитувальника Derogatis у хворих була у 2,36 раза більшою, ніж у здорових (3,45 ± 0,13 с проти 1,46 ± 0,06 с, $p < 0,00001$) (табл. 3). Щодо співвідношень середніх значень ЧР за окремими шкалами цього опитувальника, то вони коливалися в межах 1,68–3,20 раза, різниця між середніми значеннями завжди була статистично значущою ($p < 0,00001$). Наведені дані вказують на певну уповільненість когнітивних процесів у хворих на депресію (порівняно зі здоровими респондентами), що відповідає сучасним уявленням і підтверджується результатами попередніх досліджень [7–9].

Стимульний матеріал демонстрували респондентам двічі (обстеження № 1 і № 2). Під час обстеження № 2 усереднена оцінка ЧР за всіма шкалами опитувальника

Derogatis у хворих також була вищою, ніж у здорових у 1,57 раза (1,81 ± 0,07 с проти 1,15 ± 0,03, $p < 0,00001$) (табл. 3). Щодо співвідношень середніх значень ЧР за окремими шкалами цього опитувальника під час обстеження № 2, то вони коливалися в межах 1,23–2,02 раза, різниця між середніми значеннями завжди була статистично значущою ($p \leq 0,00001$). Під час обстеження № 2 зберігалася різниця між групами порівняння за показником ЧР на запитання психодіагностичних інструментів, які використані. Отже, і за об'єктивними даними (ЧР) стан пацієнтів із депресіями наприкінці стаціонарного лікування істотно відрізнявся від норми.

Відомо, що додаткову інформацію про будь-які об'єкти несуть лише відносно незалежні одна від одної ознаки. Тому наступний етап роботи полягав у кореляційному аналізі двох каналів інформації, про які йдеться (шкальні оцінки супутньої психопатологічної симптоматики за опитувальником Derogatis з одного боку, а також ЧР на відповідні пункти цього опитувальника). Встановили, що ці

Таблиця 4. Діапазони середніх оцінок відповідей на запитання шкал для дослідження супутньої психопатологічної симптоматики (опитувальник Derogatis) як маркери наявності депресивних розладів

Обстеження / опитувальник (тест) / шкали	Діапазон, бали Хв	Абс. част., осіб		р Хв(А)	Відносна частота, умовн. одиниць		Співвіднош. «Б/А»	ДК	СІ	
		Зд			Зд(Б)					
Обстеження №1	SOM	>0,67	93	6	<0,00001*	0,9588	0,0938	0,10	-10,10	4,37
	O-C	>0,70	67	6	<0,00001*	0,6907	0,0938	0,14	-8,67	2,59
	INT	>0,33	84	7	<0,00001*	0,8660	0,1094	0,13	-8,99	3,40
	DEP	>1,08	97	1	<0,00001*	1,0000	0,0156	0,02	-18,06	8,89
	ANX	>0,90	79	6	<0,00001*	0,8144	0,0938	0,12	-9,39	3,38
	HOS	>0,17	84	23	<0,00001*	0,8660	0,3594	0,41	-3,82	0,97
	PHOB	>0,43	90	1	<0,00001*	0,9278	0,0156	0,02	-17,74	8,09
	PAR	>0,50	76	16	<0,00001*	0,7835	0,2500	0,32	-4,96	1,32
	PSY	>0,20	67	15	<0,00001*	0,6907	0,2344	0,34	-4,69	1,07
	ADD	>0,57	83	4	<0,00001*	0,8557	0,0625	0,07	-11,36	4,51
	GSI	>0,54	94	8	<0,00001*	0,9691	0,1250	0,13	-8,89	3,75
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										3,85
Обстеження №2	SOM	>0,08	79	44	0,06343	0,8144	0,6875	0,84	-0,74	0,05
	O-C	>0,20	56	32	0,33482	0,5773	0,5000	0,87	-0,62	0,02
	INT	>0,11	58	22	0,00159*	0,5979	0,3438	0,57	-2,40	0,31
	DEP	>0,46	85	22	<0,00001*	0,8763	0,3438	0,39	-4,06	1,08
	ANX	>0,30	76	28	0,00001*	0,7835	0,4375	0,56	-2,53	0,44
	HOS	>0,00	69	39	0,17786	0,7113	0,6094	0,86	-0,67	0,03
	PHOB	>0,14	94	14	<0,00001*	0,9691	0,2188	0,23	-6,46	2,43
	PAR	>0,17	79	32	0,00002*	0,8144	0,5000	0,61	-2,12	0,33
	PSY	>0,30	32	7	0,00139*	0,3299	0,1094	0,33	-4,79	0,53
	ADD	>0,00	90	38	<0,00001*	0,9278	0,5938	0,64	-1,94	0,32
	GSI	>0,29	79	24	<0,00001*	0,8144	0,3750	0,46	-3,37	0,74
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										0,57

Хв: група хворих; Зд: група здорових; ДК: діагностичний коефіцієнт, СІ: ступінь інформативності Кульбака; р: вірогідність різниці між групами порівняння; *: вірогідна різниця.

показники прямо корелюють. Іншими словами, чим більше виразність супутньої психопатологічної симптоматики, тим більше ЧР на відповідні запитання, що її висвітлюють. Але ця кореляція виявилася досить слабкою. Коефіцієнти такої кореляції за шкалами опитувальника Derogatis коливалися (залежно від шкали) в межах 0,20–0,44 одиниці. Отже, канали інформації, про які йдеться, слід вважати незалежними, а отже такими, що несуть додаткову (щодо один одного) інформацію про стан обстежених.

Наведені результати створили передумови для порівняння інформативності цих двох каналів інформації з погляду їхньої здатності до диференціації здорових і хворих на депресію на різних етапах лікування. Для цього для обох типів даних (шкальні оцінки супутньої щодо депресії психопатологічної симптоматики, передбачені пунктами опитувальника Derogatis, а також ЧР на ці пункти) розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) та ступені інформативності Кульбака (СІ) [19]. Результати наведено у *таблицях 4–7*, а також на *рис. 1*.

Встановлено, що при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 ступінь інформативності Кульбака оцінок за шкалами опитувальника Derogatis зменшується: для маркерів наявності депресивних розладів – у 6,74 раза (з 3,85 до 0,57 одиниці), для маркерів відсутності депресивних розладів – в 3,54 раза (з 3,37 до 1,06 одиниці) (*табл. 4, 5*).

При тому ж переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 ступінь інформативності Кульбака ЧР на пункти шкал опитувальника Derogatis також зменшується (але значно менше): для маркерів наявності депресивних розладів – у 2,14 раза (з 4,04 до 1,88 одиниці),

для маркерів відсутності депресивних розладів – у 2,39 раза (з 2,78 до 1,16 одиниці) (*табл. 6, 7*).

У результаті цих змін, питома вага інформативності ЧР у цьому комплексному дослідженні з використанням опитувальника Derogatis та тесту AUDIT при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 зростає: для маркерів наявності депресивних розладів – у 1,47 раза (з 3,71 / (3,71 + 3,63) × 100 = 50,53 % до 1,81 / (1,81 + 0,63) × 100 = 74,29 %), а для маркерів відсутності депресивних розладів – в 1,21 раза (з 2,60 / (2,60 + 3,51) × 100 = 42,61 % до 1,13 / (1,13 + 1,05) × 100 = 51,76 %) (*табл. 4–7, рис. 1*).

Отже, наведені відомості щодо супутньої психопатологічної симптоматики як маркера наявності депресивних розладів свідчать, що ЧР при відповіді на запитання, які розкривають цю тему, є діагностично цінним показником, відносна інформативність якого зростає протягом лікування, а діагностична цінність власне шкальних оцінок відповідних психодіагностичних інструментів зменшується.

Слід додати, що в *таблиці 6* є шкали, середній ЧР на запитання яких має достатньо високі значення діагностичних коефіцієнтів (ДК), щоб надійно відокремити реконвалесцента наприкінці лікування від здорової особи. Так, наприклад, сполучення таких ознак, як середній ЧР >1,2 с при відповіді на ствердження шкали соматизації (SOM) (ДК = -10,90), >1,3 с при відповіді на ствердження шкали міжособистісної сенситивності (INT) (ДК = -8,13), >1,4 с при відповіді на ствердження шкали паранояльності (PAR) (ДК = -9,84) вже забезпечує вірогідність висновку про незавершеність процесу лікування

Таблиця 5. Діапазони середніх оцінок відповідей на запитання шкал для дослідження супутньої психопатологічної симптоматики (опитувальник Derogatis і тест AUDIT) як маркери відсутності депресивних розладів

Обстеження / опитувальник (тест) / шкали	Діапазон, бали Хв	Абс. част., осіб		р Хв(А)	Відносна частота, умовн. одиниць		Співвіднош. «Б/А»	ДК	СІ	
		Зд			Зд(Б)					
Обстеження № 1	SOM	≤0,67	4	58	<0,00001*	0,0412	0,9063	21,98	13,42	5,80
	O-C	≤0,70	30	58	<0,00001*	0,3093	0,9063	2,93	4,67	1,39
	INT	≤0,33	13	57	<0,00001*	0,1340	0,8906	6,65	8,23	3,11
	DEP	≤1,08	1	64	<0,00001*	0,0103	1,0000	97,00	19,87	9,83
	ANX	≤0,90	18	58	<0,00001*	0,1856	0,9063	4,88	6,89	2,48
	HOS	≤0,17	13	41	<0,00001*	0,1340	0,6406	4,78	6,79	1,72
	PHOB	≤0,43	7	63	<0,00001*	0,0722	0,9844	13,64	11,35	5,18
	PAR	≤0,50	21	48	<0,00001*	0,2165	0,7500	3,46	5,40	1,44
	PSY	≤0,20	30	49	<0,00001*	0,3093	0,7656	2,48	3,94	0,90
	ADD	≤0,57	14	60	<0,00001*	0,1443	0,9375	6,50	8,13	3,22
	GSI	≤0,54	3	56	<0,00001*	0,0309	0,8750	28,29	14,52	6,13
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										3,75
Обстеження № 2	SOM	≤0,08	18	20	0,06343	0,1856	0,3125	1,68	2,26	0,14
	O-C	≤0,20	41	32	0,33482	0,4227	0,5000	1,18	0,73	0,03
	INT	≤0,11	39	42	0,00159*	0,4021	0,6563	1,63	2,13	0,27
	DEP	≤0,46	12	42	<0,00001*	0,1237	0,6563	5,30	7,25	1,93
	ANX	≤0,30	21	36	0,00001*	0,2165	0,5625	2,60	4,15	0,72
	HOS	≤0,00	28	25	0,17786	0,2887	0,3906	1,35	1,31	0,07
	PHOB	≤0,14	3	50	<0,00001*	0,0309	0,7813	25,26	14,02	5,26
	PAR	≤0,17	18	32	0,00002*	0,1856	0,5000	2,69	4,30	0,68
	PSY	≤0,30	65	57	0,00139*	0,6701	0,8906	1,33	1,24	0,14
	ADD	≤0,00	7	26	<0,00001*	0,0722	0,4063	5,63	7,50	1,25
	GSI	≤0,29	18	40	<0,00001*	0,1856	0,6250	3,37	5,27	1,16
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										1,06

Хв: група хворих; Зд: група здорових; ДК: діагностичний коефіцієнт, СІ: ступінь інформативності Кульбака; р: вірогідність різниці між групами порівняння; *: вірогідна різниця.

Таблиця 6. Діапазони значень середнього часу реакції на стимули різних шкал для дослідження супутньої психопатологічної симптоматики (опитувальник Derogatis) як маркери наявності депресивних розладів

Обстеження / опитувальник (тест) / шкали	Діапазон, с Хв	Абс. част., осіб		р Хв (А)	Відносна частота, умовн. одиниць		Співвіднош. «Б/А»	ДК	СІ	
		Зд			Зд (Б)					
Обстеження №1	SOM	> 1,6	67	7	<0,00001*	0,6907	0,1094	0,16	-8,00	2,33
	O-C	> 2,2	86	13	<0,00001*	0,8866	0,2031	0,23	-6,40	2,19
	INT	> 2,2	81	9	<0,00001*	0,8351	0,1406	0,17	-7,74	2,69
	DEP	> 2,5	79	6	<0,00001*	0,8144	0,0938	0,12	-9,39	3,38
	ANX	> 2,6	87	8	<0,00001*	0,8969	0,1250	0,14	-8,56	3,30
	HOS	> 1,8	78	3	<0,00001*	0,8041	0,0469	0,06	-12,34	4,67
	PHOB	> 1,6	77	3	<0,00001*	0,7938	0,0469	0,06	-12,29	4,59
	PAR	> 2,6	76	1	<0,00001*	0,7835	0,0156	0,02	-17,00	6,53
	PSY	> 1,3	86	1	<0,00001*	0,8866	0,0156	0,02	-17,54	7,64
	ADD	> 1,8	81	5	<0,00001*	0,8351	0,0781	0,09	-10,29	3,89
	Разом	> 2,0	85	8	<0,00001*	0,8763	0,1250	0,14	-8,46	3,18
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										4,04
Обстеження № 2	SOM	> 1,2	56	3	<0,00001*	0,5773	0,0469	0,08	-10,90	2,89
	O-C	> 1,4	73	11	<0,00001*	0,7526	0,1719	0,23	-6,41	1,86
	INT	> 1,3	69	7	<0,00001*	0,7113	0,1094	0,15	-8,13	2,45
	DEP	> 1,5	59	16	0,00001*	0,6082	0,2500	0,41	-3,86	0,69
	ANX	> 1,9	42	7	0,00001*	0,4330	0,1094	0,25	-5,98	0,97
	HOS	> 1,1	62	24	0,00101*	0,6392	0,3750	0,59	-2,32	0,31
	PHOB	> 1,0	71	10	<0,00001*	0,7320	0,1563	0,21	-6,71	1,93
	PAR	> 1,4	73	5	<0,00001*	0,7526	0,0781	0,10	-9,84	3,32
	PSY	> 1,0	80	11	<0,00001*	0,8247	0,1719	0,21	-6,81	2,22
	ADD	> 1,2	68	10	<0,00001*	0,7010	0,1563	0,22	-6,52	1,78
	Разом	> 1,5	58	5	<0,00001*	0,5979	0,0781	0,13	-8,84	2,30
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										1,88

Хв: група хворих; Зд: група здорових; ДК: діагностичний коефіцієнт, СІ: ступінь інформативності Кульбака; р: вірогідність різниці між групами порівняння; *: вірогідна різниця.

Таблиця 7. Діапазони значень середнього часу реакції на стимули різних шкал для дослідження супутньої психопатологічної симптоматики (опитувальник Derogatis і тест AUDIT) як маркери відсутності депресивних розладів

Обстеження / опитувальник (тест) / шкали	Діапазон, с Хв	Абс. част., осіб		р Хв (А)	Відносна частота, умовн. одиниць		Співвіднош. «Б/А»	ДК	СІ	
		Зд			Зд (Б)					
Обстеження № 1	SOM	> 1,6	30	57	<0,00001*	0,3093	0,8906	2,88	4,59	1,34
	O-C	> 2,2	11	51	<0,00001*	0,1134	0,7969	7,03	8,47	2,89
	INT	> 2,2	16	55	<0,00001*	0,1649	0,8594	5,21	7,17	2,49
	DEP	> 2,5	18	58	<0,00001*	0,1856	0,9063	4,88	6,89	2,48
	ANX	> 2,6	10	56	<0,00001*	0,1031	0,8750	8,49	9,29	3,58
	HOS	> 1,8	19	61	<0,00001*	0,1959	0,9531	4,87	6,87	2,60
	PHOB	> 1,6	20	61	<0,00001*	0,2062	0,9531	4,62	6,65	2,48
	PAR	> 2,6	21	64	<0,00001*	0,2165	1,0000	4,62	6,65	2,60
	PSY	> 1,3	11	63	<0,00001*	0,1134	0,9844	8,68	9,39	4,09
	ADD	> 1,8	16	59	<0,00001*	0,1649	0,9219	5,59	7,47	2,83
	Разом	> 2,0	12	56	<0,00001*	0,1237	0,8750	7,07	8,50	3,19
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										2,78
Обстеження № 2	SOM	> 1,2	41	61	<0,00001*	0,4227	0,9531	2,25	3,53	0,94
	O-C	> 1,4	24	53	<0,00001*	0,2474	0,8281	3,35	5,25	1,52
	INT	> 1,3	28	57	<0,00001*	0,2887	0,8906	3,09	4,89	1,47
	DEP	> 1,5	38	48	0,00001*	0,3918	0,7500	1,91	2,82	0,51
	ANX	> 1,9	55	57	0,00001*	0,5670	0,8906	1,57	1,96	0,32
	HOS	> 1,1	35	40	0,00101*	0,3608	0,6250	1,73	2,39	0,32
	PHOB	> 1,0	26	54	<0,00001*	0,2680	0,8438	3,15	4,98	1,43
	PAR	> 1,4	24	59	<0,00001*	0,2474	0,9219	3,73	5,71	1,93
	PSY	> 1,0	17	53	<0,00001*	0,1753	0,8281	4,73	6,74	2,20
	ADD	> 1,2	29	54	<0,00001*	0,2990	0,8438	2,82	4,51	1,23
	Разом	> 1,5	39	59	<0,00001*	0,4021	0,9219	2,29	3,60	0,94
Середній СІ супутньої психопатологічної симптоматики										1,16

Хв: група хворих; Зд: група здорових; ДК: діагностичний коефіцієнт, СІ: ступінь інформативності Кульбака; р: вірогідність різниці між групами порівняння; *: вірогідна різниця.

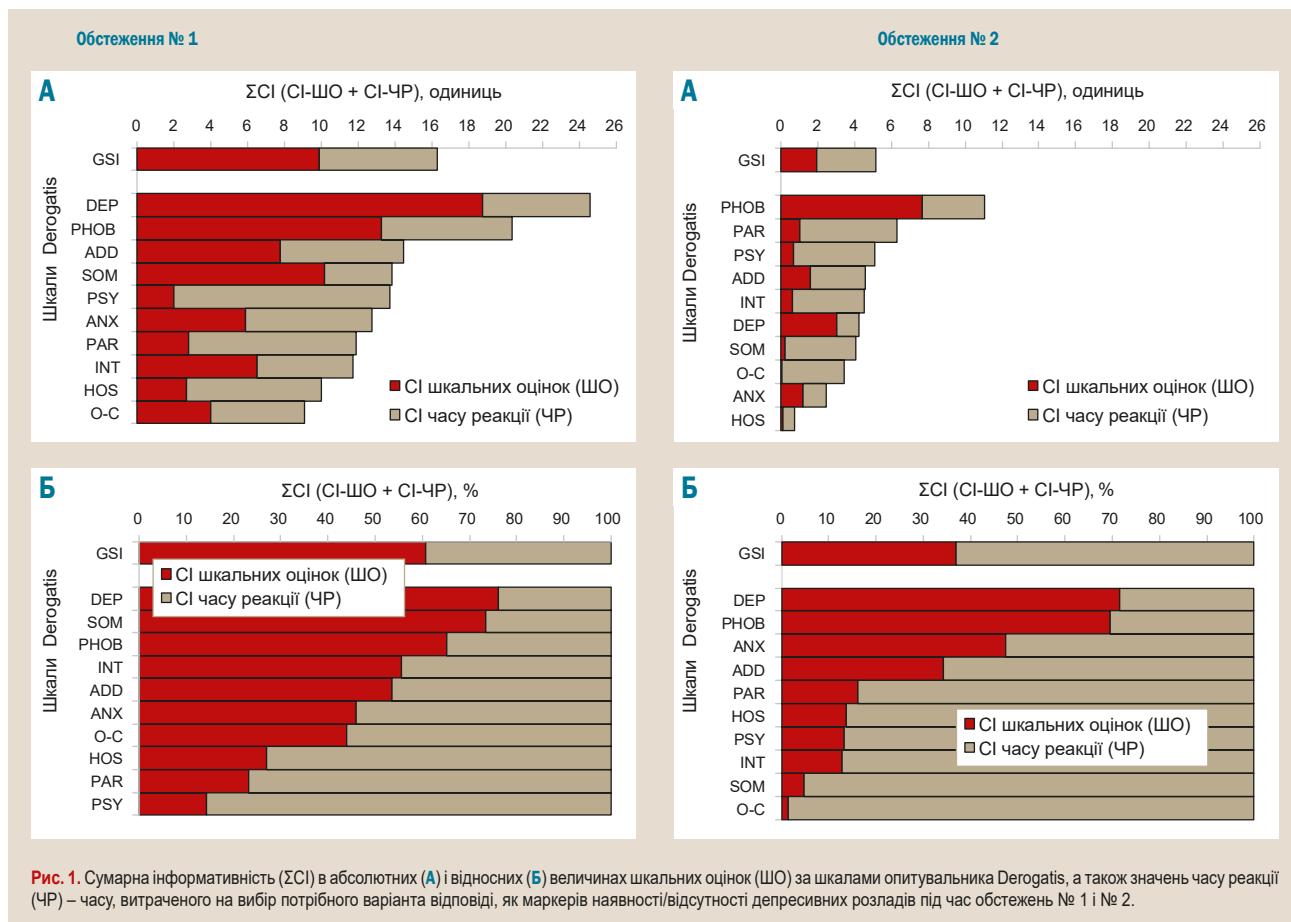


Рис. 1. Сумарна інформативність (ΣСІ) в абсолютних (А) і відносних (Б) величинах шкальних оцінок (ШО) за шкалами опитувальника Derogatis, а також значень часу реакції (ЧР) – часу, витраченого на вибір потрібного варіанта відповіді, як маркерів наявності/відсутності депресивних розладів під час обстежень № 1 і № 2.

(залишкову відмінність реконвалесцента від здорової людини) на рівні не гірше $p < 0,01$, оскільки сума ДК цих двох ознак $(-10,90 + -8,13 + -9,84 = -28,87)$ за модулем вже перевищує порогове для такого рівня вірогідності значення у 20 одиниць (табл. 6) [19]. Зрозуміло, що залучення до аналізу таких середніх ЧР при відповідях на ствердження інших шкал або тестів лише збільшить вірогідність висновку.

Обговорення

Депресія – гетерогенне захворювання, що характеризується розмаїттям клінічних проявів, варіантів перебігу та коморбідних станів. Досить сказати, що будь-які двоє довільно обраних хворих з однаковим діагнозом (наприклад, великий депресивний епізод) можуть мати лише декілька схожих симптомів і широкий спектр відмінних супутніх психопатологічних симптомів і пов'язаних з ними психофізіологічних особливостей [21]. За таких обставин далеко не всі спеціалізовані психометричні інструменти, призначені для діагностики депресій, забезпечують необхідну точність оцінювання [22].

З огляду на це, адекватне ведення будь-якого клінічного випадку передбачає використання всіх доступних даних, отримання яких часто потребує використання додаткових, в тому числі інструментальних, методів дослідження. На практиці зазвичай діагностика обмежується результатами співбесіди з пацієнтом і спостережень за його поведінкою [23].

З'являється все більше доказів, що особливості когнітивних процесів у хворих на депресію, зокрема їхні часові характеристики, істотно відрізняють таких пацієнтів від практично здорових осіб, а також від осіб з іншими психічними та поведінковими розладами [24].

Відомо, що для депресії характерні психомоторна загальмованість або збудження, які супроводжуються характерними змінами швидкості психомоторних реакцій, що можуть бути використані як маркери об'єктивної діагностики депресивних розладів. Це дало можливість поєднати підходи сучасної, комп'ютеризованої ментальної хронометрії [6] з методами традиційного психодіагностичного дослідження для створення нового інструменту для моніторингу змін психічного стану депресивних хворих. У попередніх публікаціях показано, що інформативність показника ЧР на запитання шкал, призначених для оцінювання афективної патології (Zung, HADS, а також тесту Спілбергера–Ханіна) на початку курсу лікування зіставна з інформативністю бальних оцінок за цими шкалами, а наприкінці лікування навіть перевищує її [7–9]. Дослідження, що виконані з використанням опитувальника Derogatis, свідчать: цей висновок є справедливим і для супутньої (щодо депресії) психопатологічної симптоматики.

Отримані відмінності хронометричних характеристик у здорових осіб і хворих на депресію не є артефактом використання останніми фармакологічних засобів, здатних уповільнити психомоторні реакції. Про це свідчить те, що максимальні відмінності ЧР у групах порівняння спостерігали в перший день госпіталізації (тобто до призначення будь-яких лікарських препаратів), а наприкінці стаціонарного лікування (на тлі дії адекватних доз психофармакологічних засобів) значення ЧР хворих наближалися до відповідних показників ЧР у здорових осіб.

Отже, специфічний психофізіологічний стан хворих на депресію за силою впливу на ЧР значно перевищує відповідний вплив психофармакологічних засобів, що використовують для лікування цієї афективної патології (принаймні у терапевтичних дозах).

Звісно, можна уявити ситуацію, коли для лікування депресії можуть бути використані антидепресанти та транквілізатори в дозах, які перевищують оптимальний для певних пацієнтів рівень. Тому для з'ясування коректності роботи запропонованого методу діагностики депресій в умовах масивної психофармакотерапії в широкому діапазоні доз відповідних лікарських засобів потрібні наступні дослідження.

Висновки

1. Супутня (щодо депресії) психопатологічна симптоматика (яку можна оцінити за допомогою опитувальника Derogatis) є додатковим важливим джерелом інформації про наявність у пацієнтів депресивних розладів.

2. Використання опитувальника Derogatis у комп'ютерному варіанті дає змогу крім звичайних оцінок (у балах) утворити корисний додатковий канал інформації про психічний стан респондентів, а саме канал так званої ментальної хронометрії, сутність якого полягає у фіксації часу реакції респондентів на тестові запитання.

3. Протягом лікування хворих на депресію внесок різних складових (бальних оцінок за пунктами опитувальника Derogatis і часу реакції на них) у сумарну інформативність такого комплексного психодіагностичного та психофізіологічного дослідження змінюється, зростає питома вага часу реакції та зменшується питома вага традиційних бальних оцінок. Це робить визначення часу реакції на названі вербальні стимули в динаміці інформативним інструментом об'єктивної діагностики та моніторингу якості терапії пацієнтів.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 14.08.2019

Після доопрацювання / Revised: 02.12.2019

Прийнято до друку / Accepted: 20.12.2019

Відомості про автора:

Лінська К. І., аспірант відділу пограничної психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків.

Information about author:

Linska K. I., MD, Postgraduate Student of the Department of Borderline Psychiatry, State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv.

Сведения об авторе:

Линская Е. И., аспирант отдела пограничной психиатрии, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков.

Список літератури

- [1] «Depression: let's talk» says WHO, as depression tops list of causes of ill health. World Health Organization. 2017, 30 March. URL : <https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

- [2] Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. Львів : Видавництво Мс, 2004. 208 с.
- [3] Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск : Пороги, 2006. 470 с.
- [4] Gilbody S., Sheldon T., Wessely S. Should we screen for depression? *British Medical Journal*. 2006. Vol. 332. Issue 7548. P. 1027-1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.1027>
- [5] Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2001. 752 с.
- [6] Jensen A. R. *Clocking the mind : mental chronometry and individual differences*. Elsevier, 2006. 286 p.
- [7] Марута Н. О., Лінська К. І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні комп'ютерного варіанту шкали Цунга і його діагностичне значення. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 4. С. 57-65.
- [8] Марута Н. А., Линская Е. И. Диагностическое значение времени ответа на вопросы у пациентов с депрессией при использовании компьютерного варианта шкалы HADS. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019. Т. 10. № 2. С. 199-215.
- [9] Лінська К. І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера – Ханіна. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27. Вип. 1. С. 46-56.
- [10] Comorbid Posttraumatic Stress Symptoms in an Urban Population of Mothers Screening Positive for Depression / M. Silverstein et al. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010. Vol. 164. Issue 8. P. 778-779. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.116>
- [11] Comorbid depression and substance use disorder: Longitudinal associations between symptoms in a controlled trial / M. J. Worley et al. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2012. Vol. 43. Issue 3. P. 291-302. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.010>
- [12] Lifetime major depression and comorbid disorders among current-era women veterans / J. F. Curry et al. *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 152-154. P. 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.012>
- [13] Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973. Vol. 9. Issue 1. P. 13-28.
- [14] Derogatis L. R., Savitz K. L. The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. *Handbook of psychological assessment in primary care settings* / ed. M. E. Maruish. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 2000. P. 297-334.
- [15] Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. Москва : Триада-Х, 1999. 232 с.
- [16] Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1960. Vol. 23. Issue 1. P. 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- [17] Montgomery S. A., Åsberg M. A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*. 1979. Vol. 134. Issue 4. P. 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- [18] Полиграф РЕОКОМ СТРЕСС. ХАИ-Медика, ООО. URL : <https://hai-medika.prom.ua/p358078095-poligraf-reokom-stress.html>
- [19] Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Ленинград : Медицина. Ленингр. отделение, 1978. 294 с.
- [20] Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Морион. 2001. 408 с.
- [21] Kessing L. V., Bukh J. D. The clinical relevance of qualitatively distinct subtypes of depression. *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16. Issue 3. P. 318-319. <https://doi.org/10.1002/wps.20461>
- [22] Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review / A. Pettersson, K. B. Boström, P. Gustavsson, L. Ekselius. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 69. Issue 7. P. 497-508. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1008568>
- [23] Improving Major Depressive Episode Assessment: A New Tool Developed by Formal Psychological Assessment / F. Serra, A. Spoto, M. Ghisi, G. Vidotto. *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. P. 214. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00214>
- [24] Марута Н. О., Лінська К. І. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 1. С. 110-115.
- [4] Gilbody S., Sheldon T., Wessely S. (2006). Should we screen for depression? *British Medical Journal*, 332(7548), 1027-1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.1027>
- [5] Илин, Е. П. (2001). *Emotsii i chuvstva [Emotions and feelings]*. Piter. [in Russian].
- [6] Jensen, A. R. (2006). *Clocking the mind : mental chronometry and individual differences*. Elsevier.
- [7] Maruta, N. A., & Linska, K. I. (2018). Khronometrychnyi profil khvorykh na depresiю pry vykorystanni komp'yuternoho variantu shkaly Tsunha i yoho diahnostychnе znachennia [Chronometric profile of patients with depression at using a computer version of Zung scale and its diagnostic value]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii*, 26(4), 57-65. [in Ukrainian].
- [8] Maruta, N., & Linska, E. (2019). Diagnosticheskoe znachenie vremeni otveta na voprosy u patsientov s depressiei pry ispol'zovanii komp'yuternogo varianta shkaly HADS [The Diagnostic Value of the Response Time to Questions in Patients with Depression when Using the Computer Version of the HADS Scale]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 10(2), 199-215. [in Russian].
- [9] Linska, K. I. (2019). Khronometrychnyi profil khvorykh na depresiю pry vykorystanni testu Spielberhera – Khanina [Chronometric profile of patients with depression at using Spielberger – Khanin's test]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii*, 27(1), 46-56. [in Ukrainian].
- [10] Silverstein, M., Feinberg, E., Sauder, S., Egbert, L., & Stein, R. (2010). Comorbid Posttraumatic Stress Symptoms in an Urban Population of Mothers Screening Positive for Depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(8), 778-779. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.116>
- [11] Worley, M. J., Trim, R. S., Roesch, S. C., Mrnak-Meyer, J., Tate, S. R., & Brown, S. A. (2012). Comorbid depression and substance use disorder: Longitudinal associations between symptoms in a controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 291-302. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.010>
- [12] Curry, J. F., Aubuchon-Endsley, N., Brancu, M., Runnals, J. J., & Fairbank, J. A. (2014). Lifetime major depression and comorbid disorders among current-era women veterans. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 434-440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.012>
- [13] Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- [14] Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 297-334). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- [15] Churkin, A. A., & Martyushov, A. N. (1999). *Kratkoe rukovodstvo po ispol'zovaniiu MKB-10 v psikhiiatrii i narkologii [A brief guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology]*. Triada-X. [in Russian].
- [16] Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- [17] Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- [18] KhAI-Medika, ООО. (n.d.) Poligraf REOKOM STRESS [Polygraph REOKOM STRESS]. <https://hai-medika.prom.ua/p358078095-poligraf-reokom-stress.html> [in Russian].
- [19] Gubler, E. V. (1978). *Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov [Computational methods for the analysis and recognition of pathological processes]*. Meditsina. Leningr. otdnie. [in Russian].
- [20] Lapach, S. N., Chubenko, A. V., & Babich, P. N. (2001). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]*. Morion. [in Russian].
- [21] Kessing, L. V., & Bukh, J. D. (2017). The clinical relevance of qualitatively distinct subtypes of depression. *World Psychiatry*, 16(3), 318-319. <https://doi.org/10.1002/wps.20461>
- [22] Pettersson, A., Boström, K. B., Gustavsson, P., & Ekselius, L. (2015). Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(7), 497-508. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1008568>
- [23] Serra, F., Spoto, A., Ghisi, M., & Vidotto, G. (2017). Improving Major Depressive Episode Assessment: A New Tool Developed by Formal Psychological Assessment. *Frontiers in Psychology*, 8, 214. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00214>
- [24] Maruta, N. O., & Linska, K. I. (2018). Suchasni napriamky u rozrobtsi instrumentiv dia ob'iektyvnoi diahnostyky afektyvnykh rozladiv (ohliad literatury) [Modern trends in development of instruments for objective diagnosis of affective disorders (review of literature)]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii*, 26(1), 110-115. [in Ukrainian].

References